

De wereld op zijn kop; emotionele verwerking van traumatische ervaringen

H.B.M. van de Wiel *

De opvang en begeleiding van patiënten na traumatische medische ervaringen, zoals bijvoorbeeld kanker of de aanleg van een stoma, heeft de afgelopen jaren steeds meer aandacht gekregen. Deze ontwikkeling heeft onder andere tot gevolg gehad dat professionele hulpverleners als artsen en verpleegkundigen een steeds actievare rol zijn gaan spelen bij de emotionele ondersteuning van kankerpatiënten en hun naasten. Hoewel dit op zich een positieve ontwikkeling is, stelt dit uiteraard wel bijzondere eisen aan de hulpverleners. Zowel positieve als negatieve ervaringen worden veelvuldig gerapporteerd. In de praktijk bepaalt vooral de kwaliteit van de onderlinge communicatie de mate waarin de patient steun of juist tegenwerking van de hulpverlener ondervindt. Waar het kort en bondig op neerkomt, is het bevorderen van situatie A (gedeelde smart is halve smart) en het voorkomen van situatie B (de hulpverlener vormt een deel van het probleem). Hoewel iedereen dit onmiddellijk zal onderschrijven, blijkt dit simpele principe in de praktijk aanzienlijk makkelijker gezegd dan gedaan. In deze bijdrage zal dan ook eerst worden ingegaan op de vraag waarom het helpen van patienten na een traumatische medische ervaring bij hun verwerking van het gebeurde vaak zo moeilijk is. Daarna gaan we in de gevolgen van de hele situatie voor de hulpverlener zelf. Ook de hulpverlener wordt 'slachtoffer' en dat blijkt eveneens een sterke invloed te hebben op diens functioneren. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de vraag wat men zelf kan doen en laten om dit blijkbaar zo moeilijke proces van elkaar emotioneel te ondersteunen toch goed te laten verlopen. Veel van wat daarbij aan bod komt, kan uiteraard ook in de contacten met partners en intimi worden gebruikt.

Waarom is helpen zo moeilijk?

Als iets op papier heel simpel is en in de praktijk heel moeilijk, dan moet er iets bijzonders aan de hand zijn. Bij de emotionele verwerking van traumatische ervaringen is dat inderdaad het geval. Eigenlijk zijn er twee speciale oorzaken aan te wijzen die het zo moeilijk maken om elkaar te helpen bij de verwerking van traumata. Op de eerste plaats is de verwerking zelf een erg belastend en vaak verwarrend proces voor de patiënt. Op de tweede plaats heeft niet alleen de patiënt het nodige te verwerken, maar geldt dit ook voor de hulpverlener. Ook de hulpverlener kampt dus met heftige emoties, waardoor het bieden van steun aan een ander wel erg moeilijk wordt. We zullen beide aspecten bekijken.

Emoties bij de patiënt.

De verwerking van traumatische ervaringen gaat gepaard met heftige negatieve emoties

als angst, verdriet, boosheid etc. Hoe pijnlijk en vervelend deze gevoelens soms ook kunnen zijn, ze zijn in principe nodig om het verlies te kunnen verwerken.

Het klinkt misschien hard, maar men kan simpelweg stellen: zonder emoties geen herstel. Voor veel mensen is dit een verwarrend gegeven dat maar moeilijk aanvaard kan worden. Het betekent immers dat hoe meer je lijdt, des te beter het met je gaat. Jawel, u leest het goed: hoe meer verdriet, boosheid en dergelijke, des te beter verloopt het verwerkingsproces. Voor veel mensen is dit de wereld op zijn kop. We zijn immers gewend om te denken dat gevoelens als verdriet, angst en boosheid juist aangeven dat er iets mis is en dat we daar zo snel mogelijk een eind aan moeten maken. Onder normale omstandigheden is dat ook zo, maar niet na confrontatie met traumatische ervaringen. Het verschil zit 'm in de korte en lange termijn. Om op de lange termijn goed te

kunnen functioneren (herstel) zijn op de korte termijn veel emoties (verwerking) nodig. In de praktijk blijkt vooral dit verschil in tijdspectief tot verwarring en problemen te leiden. Veel mensen hebben het idee dat ze tegen de tijd dat ze weer lichamenlijk zijn hersteld, ook weer psychisch hersteld zouden moeten zijn. Als dit niet het geval blijkt te zijn, is men verbaasd, teleurgesteld en gaat men twifelen aan zichzelf. Na een traumatische ervaring blijkt het psychologisch verwerkingsproces inderdaad enigszins achter te lopen op het lichamenlijk herstel. Dit betekent dat de grootste klap in psychologisch opzicht vaak pas komt als men er juist lichamenlijk weer wat boven op komt. Op zich is dat geen slechte regeling want daardoor kunnen we beetje bij beetje weer overeind krabbelen, eerst lichamenlijk, daarna mentaal. Het vervelende alleen is dat dit niet alleen voor onszelf wat verwarrend is, maar vooral ook voor anderen. Immers, net tegen de tijd dat anderen het idee hebben dat het goed gaat, "Wat zie je er goed uit!", voel je je als patiënt haast beroerder dan ooit. Dat is pijnlijk, verwarrend en eenzaam tegelijk. In die zin is het dan ook niet zo vreemd dat een ex-kankerpatiënt ooit eens heeft gezegd: "Het probleem is niet zozeer dat ik kanker heb gehad; het probleem is dat al die anderen het NIET hebben gehad". Om de patiënt te kunnen helpen bij diens verwerking van de traumatische ervaringen, moet de hulpverlener dus in staat zijn om de emotionele reacties van de patiënt te begrijpen en verdragen en dat is bepaald niet gemakkelijk, juist als de betrokkenheid bij de patiënt erg groot is.

De emoties van de hulpverlener.

Behalve dat het moeilijk is om de ander te zien lijden, heeft men als behandelaar zelf natuurlijk ook de nodige emoties rond zaken als ziekte en behandeling. De dreiging dat het niet goed zal gaan met de patiënt, de machteloosheid soms bij zeer ernstige traumata en tal van praktische problemen maken het al met al bepaald niet gemakkelijk om alsmaar een soort rots in de branding te vormen. Ook de hulpverlener heeft behoefte aan emotionele steun, alleen wie moet die geven. Van de patiënt kan en mag men die niet verwachten. Collega's hebben het vaak ook moeilijk en zijn toch al zwaar, zo niet overbelast. Bovendien wordt van de hulpverlener naast een emotioneel steunende, vooral ook een verstandige professionele aanpak van problemen verwacht.

Hij of zij is immers degene die nu de zaken goed moet regelen. En dat is moeilijk wanneer

je zelf in ook vol emoties zit. Voor iedereen geldt namelijk dat emoties en 'gezond verstand' elkaar slecht verdragen. Naarmate de emoties hoger oplopen, is de redelijkheid verder weg.

Om de ander te kunnen helpen, moet je als hulpverlener dus zelf eerst weer wat emotioneel tot rust zijn gekomen, als het ware weer in het midden van de curve zitten. Zowel voor de patiënt als de hulpverlener geldt dus dat het van groot belang is om emoties enerzijds serieus te nemen en ervoor te zorgen dat ze kunnen optreden, anderzijds dat emoties ook weer tot een aanvaardbaar niveau kunnen worden teruggebracht. De technieken om dit te bereiken, worden in de volgende paragraaf besproken.

Wat te doen en te laten?

Als het om het bieden van hulp gaat, is het verstandig een aantal zaken goed te regelen. Zorg dat je genoeg tijd voor elkaar hebt en ook ongestoord met elkaar kunt praten. Maar er is meer. Zo vinden veel mensen bijvoorbeeld dat ze hun zaakjes zelf op moeten lossen zonder hulp van anderen. Hun verzoek om hulp, is dan ook vaak 'verborgen', bijvoorbeeld door te huilen. De eerste taak van degene die steun wil bieden in een dergelijke situatie is dan ook deze verborgen vraag om hulp te onderkennen en bespreekbaar te maken. Maak duidelijk dat je er bent, dat men een beroep op je kan doen en dat je oog hebt voor het feit dat de ander het eigenlijk liever alleen zou doen. Voor je een goed gesprek kunt hebben, moeten beide partijen het er eerst over eens zijn dat ze met elkaar kunnen en mogen praten. In het gesprek zelf kan men zeggen dat in het algemeen een aantal reacties wel en andere juist niet als steunend worden ervaren. We zullen van beide categorieën een aantal veel voorkomende vormen kort bespreken.

Niet-steunende reacties.

- Adviezen krijgen: "Je moet huilen, dat lucht op." of juist "Je moet je flink houden, het slijt vanzelf." zijn pogingen tot hulp die eerder de afstand tussen betrokkene en helper vergroten dan verkleinen. Alleen als het om praktische zaken gaat, kan desgewenst wel advies worden gegeven, tenminste als de ander daar om vraagt.

- Aangemoedigd worden tot herstel: "Ik zal je vandaag nog wassen, maar morgen moet je het wel zelf doen hoor." is een voorbeeld van een wellicht welgemeende poging iemand te helpen. Hulpverleners zijn echter nog wel

eens geneigd het herstel te snel te laten plaatsvinden. Vaak wordt er met woorden wel aangegeven dat men begrip heeft voor de ander, maar door aan te dringen op herstel laat men tegelijk zien dat men eigenlijk de zaak zat is, dat men er van af wil.

- Verwachtingen scheppen: "Je zult zien dat als je straks thuis bent, het weer een stuk beter gaat". Sommige mensen wekken de indruk dat alle zorgen vanzelf zullen verdwijnen of uit handen zullen worden genomen. Het niet waarmaken hiervan, wat in feite onvermijdelijk is, geeft extra teleurstellingen en verdriet.

Ook het bagatelliseren van het verdriet of geforceerde vrolijkheid zijn weinig ondersteunend. Wat al deze reacties gemeen hebben is dat ze de persoon met het verdriet niet echt serieus nemen en vooral hem of haar de eigen verantwoordelijkheid ontnemen. Hoewel goed bedoeld, immers om het verdriet te verzachten, kan de ander hierdoor niet tot verwerking komen. Bovendien ontnemt men hierdoor de ander de mogelijkheid het gevoel van controle te herstellen.

Wel steunende reacties.

- Luisteren: ook al is het verhaal bekend of zelfs meer dan dat: blijf luisteren!

- aanwezig zijn: ook al kun je niets "doen", voor veel mensen is de aanwezigheid (of 'in de buurt zijn') van iemand van groot belang om minder eenzaam te zijn, er niet helemaal alleen voor te staan.

- aanraken: hoewel je hiermee voorzichtig moet zijn omdat dat het voor sommigen een teveel aan intimiteit vormt, kan een arm om iemand heen slaan vaak meer doen dan vele woorden. Het gaat dan letterlijk om het

gebaar.

- eigen onzekerheid bespreken: het helpt beide partijen wanneer de hulpverlener niet probeert zijn of haar eigen onzekerheid te verbergen. Probeer niet voor de ander te denken en vraag waar de ander behoefte aan heeft (opvrolijken of meehuilen).

Wat al deze vormen van ondersteuning gemeen hebben, is dat ze juist wel de gevoelens van de ander als leidraad nemen. Degene die helpt, maakt zich daarmee dienstbaar en neemt alleen daarvoor verantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid voor het omgaan met het verlies zelf blijft waar die hoort, namelijk bij degene die de traumatische ervaring heeft opgedaan. Ook voor het verlenen van steun bij verwerking is assertiviteit, het opkomen voor je zelf en je eigen rechten, dus een belangrijke eigenschap. De andere peiler waarop helpen bij verwerking steunt is luisteren. Dit klinkt simpel, maar is het in de praktijk vaak niet. De factor traumatische ervaringen maakt dat zowel de verteller als de luisteraar emotioneel onder druk staan. Het is dan ook een even logisch als tragisch fenomeen dat na traumatische ervaringen vaak een 'schifting in vrienden- en kennissenkring' plaatsvindt. Kortom, voor hulp bij verwerking geldt: "Spreken is zilver, luisteren is goud".

* Dr. H.B.M. van de Wiel, klinisch psycholoog Dienst Medische Psychologie Academisch Ziekenhuis Groningen.

Voordracht gehouden tijdens het WCS-congres te Utrecht d.d. 21 november 1995.

"Brandwondenzorg is totale zorg"

Themanummer WCS Nieuwsbrief

Een breed overzicht over de huidige stand van zaken van de Nederlandse Brandwondenzorg, in een speciale uitgave van de WCS Nieuwsbrief.

Deze uitgave kost slechts f 25,- per stuk (exclusief verpakings- en verzendkosten) en kan besteld worden via:

de WCS bestellijn: 0252-230026.

WCS SERVICE

11